

# Formulaire



**PSE 2.2.1**

DOMAINE : **PROGRAMMES ET SERVICES À L'ÉLÈVE**

RÉFÉRENCE : PSE 2.2 – Enseignement à domicile (Raison médicale)

*L'usage du masculin a pour but d'alléger le texte.*

## ENSEIGNEMENT À DOMICILE

Nom de l'élève \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_  
Date \_\_\_\_\_ Âge de l'élève \_\_\_\_\_ Année d'études \_\_\_\_\_  
Nom de l'école \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Directeur ou directrice de l'école

\_\_\_\_\_  
Signature du parent, du tuteur ou de la tutrice

Dernière date que l'élève a fréquenté l'école \_\_\_\_\_

## RAPPORT DU MÉDECIN

Je recommande que \_\_\_\_\_ reçoive de l'enseignement à domicile.  
Diagnostic (Soyez précis s.v.p.) \_\_\_\_\_

Durée de la convalescence \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin

## APPROBATION

L'enseignement à domicile est approuvé jusqu'au \_\_\_\_\_  
date

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature de la surintendante ou du surintendant

**N.B.** : Veuillez faire parvenir ce formulaire au surintendant ou à la surintendante responsable.

Selon la *Loi municipale sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*, l'information personnelle demandée sur la présente fiche servira uniquement à des fins administratives, en vue d'offrir les services demandés.

c.c. : DSO de l'élève